



FICHE D'INSCRIPTION A LA FORMATION

A renseigner et envoyer après avoir rempli avec la copie de bordereau de paiement de frais de formation.

1. Information sur le Séminaire

- Titre de formation : Formation au cours international de Médecine Gériatrique
- Diplôme : Diplôme Université CIMG
- Université : SORBONE /Paris
- Session :2023 -2024
- Personne à contacter : +243 821 114 780 / +43 064 104 566

2. Information sur le participant

- Prénom :
- Nom :
- Tél. Mobile :Email :
- Profession :
- Formation de base :
- Niveau d'études :
- Université :

- Poste actuel :
- Employeur du participant (le cas échéant) :
- Dénomination et Adresse :
.....
- Tél :Email :

3. Engagement à participer à ce séminaire avec l'accord de mon service employeur

Signature du participant

Signature du GEMENU